

L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours?

Vingt-quatre années d'expérience

Grisell Vargas-Schaffer MD

La douleur demeure, partout dans le monde, l'une des principales raisons de consulter un médecin. De nombreuses organisations et associations scientifiques se sont efforcées de trouver des solutions à ce problème et de faciliter le traitement de la douleur. En 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a présenté une échelle analgésique comme cadre de travail que peuvent utiliser les médecins dans l'élaboration des plans thérapeutiques pour la douleur causée par le cancer. Ces lignes directrices thérapeutiques ont ouvert la voie à de nombreuses améliorations dans la prise en charge de la douleur cancéreuse, mais conviennent-elles toujours 24 ans plus tard?

L'OMS a proposé l'échelle analgésique à la suite de recommandations présentées par un groupe d'experts internationaux. Le document a été traduit en 22 langues différentes et a servi de catalyseur pour mieux faire connaître internationalement l'importance de traiter la douleur chez les patients atteints de cancer¹⁻⁶. L'échelle analgésique proposait d'utiliser un nombre limité de médicaments peu coûteux, comme la morphine, selon une approche progressive. Elle a contribué à sanctionner le recours aux opioïdes pour le traitement de la douleur cancéreuse et a donné lieu à de nombreuses campagnes internationales d'éducation sur l'utilisation, les avantages et les effets secondaires des narcotiques dans le traitement de la douleur.

Les deux guides thérapeutiques sur la douleur cancéreuse de l'OMS, tant en 1986 qu'en 1997^{1,2}, expliquent la pathophysiologie de cette douleur, comment faire des évaluations adéquates, choisir les analgésiques et utiliser l'échelle. Les études préliminaires sur son efficacité ont démontré que la méthode proposée par l'OMS offrait un soulagement abordable et adéquat chez 70 % à 90 % des patients souffrant de douleur cancéreuse². Aujourd'hui, on remet en question ces pourcentages et on croit qu'ils se situeraient plutôt entre 70 % et 80 %^{7,8}.

Les conseils simples toujours pertinents

Le document de l'OMS repose essentiellement sur 5 simples recommandations pour utiliser correctement les analgésiques afin que les traitements prescrits soient efficaces. Ces conseils s'appliquent aujourd'hui non seulement aux cas de douleur chez les patients

atteints de cancer, mais aussi à ceux de tous les patients qui ont une douleur aiguë ou chronique et ont besoin d'analgésiques². Les 5 points se lisent comme suit :

1. Administration des analgésiques par voie orale. On privilégie autant que possible les médicaments administrés par voie orale.

2. Il faut administrer les analgésiques à intervalles réguliers. Pour soulager la douleur adéquatement, il est nécessaire de respecter la durée d'action du médicament et de prescrire la dose à prendre à des intervalles précis, en fonction du degré de douleur du patient. Il faut ajuster la dose du médicament jusqu'à ce que le patient soit confortable.

3. Il faut prescrire les analgésiques en fonction de l'intensité de la douleur mesurée selon une échelle d'intensité. Ce point est important, parce que les médicaments pour soulager la douleur devraient être prescrits en fonction du degré de douleur du patient plutôt que selon la perception de la douleur par le personnel médical. Si le patient dit qu'il a mal, il est important de le croire. Ce point fait référence aux niveaux de l'échelle analgésique expliqués en détails plus loin.

4. Le dosage du médicament contre la douleur doit être adapté à la personne. Il n'existe pas de dosage standardisé dans le traitement de la douleur. Chaque patient réagit différemment. Le dosage correct est celui qui permet un soulagement adéquat de la douleur. La posologie doit être adaptée pour atteindre un juste équilibre entre l'effet analgésique et les effets secondaires.

5. Il faut prescrire les analgésiques en se préoccupant constamment des détails. La régularité de l'administration des analgésiques est cruciale pour un traitement adéquat de la douleur. Une fois qu'on a établi la répartition de l'administration pendant la journée, il est idéal de fournir par écrit au patient son programme individualisé. De cette façon, le patient, sa famille et le personnel médical ont l'information nécessaire pour savoir quand et comment administrer les médicaments.

La version de 1986 de l'échelle analgésique de l'OMS propose que le traitement de la douleur commence avec

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2010;56:e202-5

This article is also in English on page 514.

un médicament non opioïde (**Figure 1**)¹. Si la douleur n'est pas suffisamment contrôlée, il faut alors prescrire un opioïde faible. Si l'utilisation de ce médicament ne suffit pas pour traiter la douleur, on peut choisir un opioïde plus puissant. On ne devrait jamais utiliser simultanément 2 produits appartenant à la même catégorie^{1,2}. L'échelle analgésique inclut aussi la possibilité d'ajouter un traitement adjuvant pour la douleur neuropathique ou les symptômes associés au cancer.

Ce diagramme, qui est très simple et très clair, a fait l'objet de nombreux débats et critiques^{6,9,10}, en partie en raison d'omissions, mais aussi à cause de l'arrivée de techniques et de médicaments nouveaux^{9,11-13}.

Adapter l'échelle

On a proposé diverses modifications au diagramme de l'OMS; l'une suggère même d'éliminer le deuxième niveau⁵⁻¹⁰. D'autres concernent des modifications et des adaptations de l'échelle analgésique pour d'autres types de douleur, comme la douleur aiguë et la douleur chronique non cancéreuse^{8,12,14,15}.

En dépit du débat et des mises à jour du diagramme analgésique de 1986, personne ne conteste sa valeur éducative ni les bienfaits découlant de sa diffusion dans le monde entier. Par contre, l'élargissement de son utilisation à d'autres types de douleur a rencontré certains obstacles^{9,16}. Certains croient que commencer étape par étape est souvent insuffisant et inefficace pour contrôler la douleur intense¹⁶ et, par conséquent, on a proposé un diagramme accéléré débutant directement à l'étape 3¹⁵⁻¹⁷.

L'adaptation de l'échelle analgésique pour la douleur aiguë, la douleur chronique non cancéreuse et la douleur cancéreuse présentée ici (**Figure 2**) se fonde sur les mêmes principes que l'échelle originale. Cette révision ajoute une quatrième étape et inclut la prise en compte

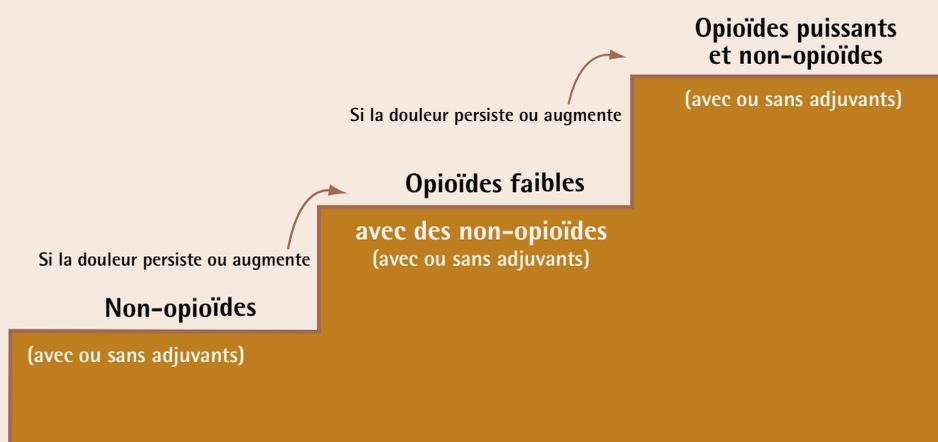
d'interventions neurochirurgicales comme les stimulateurs cérébraux^{14,15,17}. Les techniques effractives comme les blocs nerveux et la neurolyse (p. ex. phénolisation, alcoolisation, thermocoagulation et radiofréquence^{6,15,16}) sont utilisées à la quatrième étape. Ce modèle adapté a aussi été proposé et mis en application dans le traitement de la douleur pédiatrique^{18,19} et il peut être utilisé pour la douleur aiguë à l'urgence et dans les situations postopératoires.

On recommande la quatrième étape pour le traitement de crises de douleur chronique. Les ouvrages spécialisés en intervention contre la douleur laissent entendre qu'il y a des données modérément probantes à l'appui des infiltrations épidurales transforaminales de stéroïdes, de l'adhésiolyse percutanée lombaire et de l'endoscopie rachidienne pour la radiculopathie lombaire douloureuse. Il y a aussi des données limitées en faveur de traitements intradiscaux pour les douleurs dorsales inférieures²⁰. Les stimulateurs médullaires et périphériques ont aussi été ajoutés au quatrième niveau.

Opioides. Cette nouvelle adaptation de l'échelle analgésique ajoute de nouveaux opioïdes^{14,15,21-26}, comme le tramadol, l'oxycodone, l'hydromorphe et la buprénorphine, et de nouveaux modes de les administrer, comme le timbre transdermique, qui n'existaient pas en 1986. Les opioïdes sont classés comme étant faibles ou puissants, et cette classification est utilisée dans la pratique au quotidien par des millions de médecins dans le monde entier, avec d'excellents résultats.

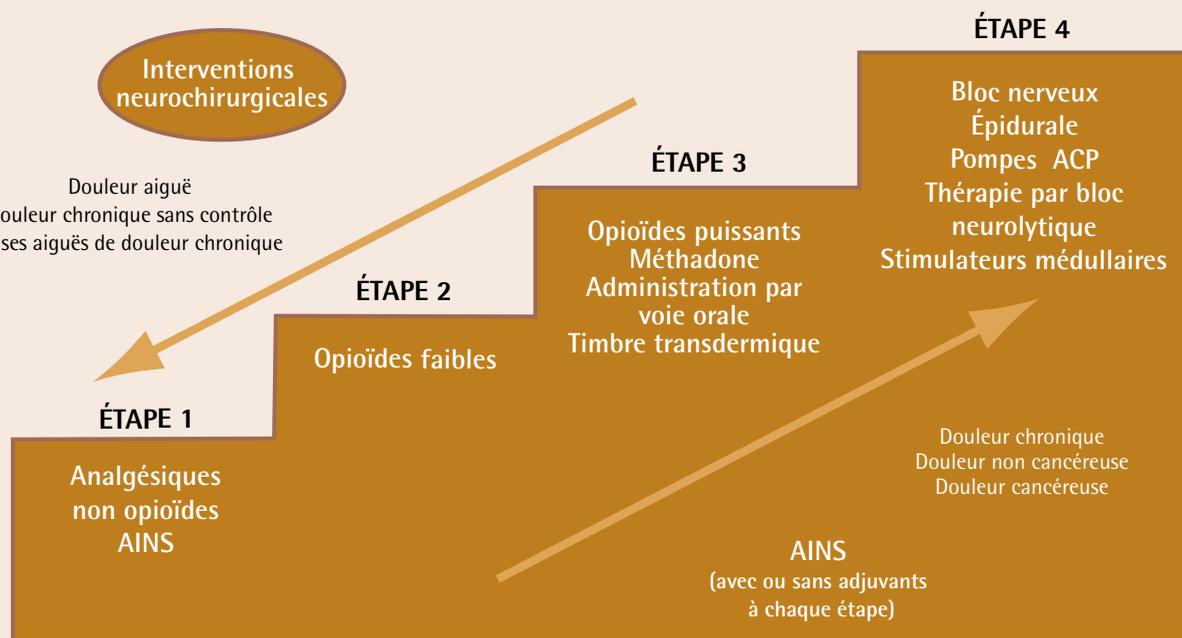
L'utilisation des opioïdes pour traiter la douleur chronique non cancéreuse se fonde sur les renseignements recueillis après les premières 10 années d'utilisation dans le monde entier de l'échelle analgésique. Depuis 1990, de nombreux articles médicaux ont

Figure 1. L'échelle analgésique de l'Organisation mondiale de la Santé pour traiter la douleur cancéreuse



Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé¹

Figure 2. Nouvelle adaptation de l'échelle analgésique



AINS – anti-inflammatoires non stéroïdiens, ACP – analgésiques contrôlés par le patient

fait la promotion des opioïdes comme étant un traitement sûr pour les patients ayant des douleurs chroniques non cancéreuses²⁰⁻²³.

La méthadone, à l'étape 3, est importante, parce qu'elle est actuellement très utile dans le traitement de la douleur due au cancer, de la douleur chronique non cancéreuse et de la douleur neuropathique réfractaire qui ne répond pas aux traitements conventionnels^{15,24,25}. La méthadone est aussi très utile dans la rotation des opioïdes^{15,21-27} pour la douleur d'origine cancéreuse.

Adjuvants. Parmi les médicaments adjuvants se trouvent les stéroïdes, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques, les anticonvulsivants, les antiépileptiques, comme les gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline), les stabilisateurs de membrane, les bloqueurs des canaux sodiques et les antagonistes des récepteurs de la N-méthyl-D-aspartate pour le traitement de la douleur neuropathique. Les cannabinoïdes peuvent être ajoutés à ce groupe de médicaments adjuvants, non seulement parce qu'ils ont leur place comme adjuvants dans les soins palliatifs aux patients atteints de cancer ou du SIDA, mais aussi parce qu'ils peuvent servir à améliorer la qualité de vie des patients souffrant de douleur chronique. Ils peuvent aussi être utilisés pour traiter la douleur chronique neuropathique²⁸⁻³⁵.

Monter, descendre l'échelle. Cette version de l'échelle analgésique peut servir dans les deux directions: la montée plus lente pour la douleur chronique et celle due au cancer, et la descente plus rapide pour la douleur intense aiguë, la douleur chronique incontrôlée et la percée de douleur. L'avantage de cette proposition se situe dans le fait qu'on peut monter les échelons lentement un à un dans le cas de la douleur chronique et, si nécessaire, augmenter le rythme de l'ascension en fonction de l'intensité de la douleur. Par ailleurs, on peut commencer directement à la quatrième étape, dans les cas extrêmes, pour contrôler la douleur de grande intensité, à l'aide de pompes analgésiques contrôlées par le patient pour l'administration continue intraveineuse, épidurale ou sous-durale. Lorsque la douleur est contrôlée, on peut «descendre» aux médicaments de l'étape 3.

Douleur purement neuropathique. Cette adaptation peut être utilisée pour la douleur nociceptive et la douleur nociceptive et neuropathique combinée, mais pas pour la douleur purement neuropathique. Dans les cas de douleur neuropathique, l'algorithme de traitement est complètement différent et les opioïdes devraient être considérés comme médicaments adjuvants et non pas comme médicaments principaux dans le traitement de ce genre de douleur. Deux guides de pratique clinique sur le traitement de la douleur neuropathique ont été

publiés en 2007, le premier par la Société canadienne pour le traitement de la douleur³⁵ et le deuxième, par l'Association internationale pour l'étude de la douleur³⁴.

Conclusion

Cette modification proposée de l'échelle analgésique de l'OMS n'a pas pour but de renier l'utilisation de l'échelle originale ni de recommander de ne pas l'utiliser. Au contraire, après 24 ans d'utilisation, l'échelle analgésique a démontré son efficacité et son utilité généralisée; par ailleurs, des modifications s'imposent pour assurer son utilisation continue dans le contexte du transfert du savoir en matière de prise en charge de la douleur. 🌿

D^{re} Vargas-Schaffer est professeure agrégée au Département d'anesthésiologie de l'Université de Montréal au Québec, exerce l'agologie au Centre Antidouleur de l'Hôpital Hôtel-Dieu, et est chercheure au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Grisell Vargas-Schaffer, Hôpital Hôtel-Dieu du CHUM, Clinique Antidouleur, 3840, rue St-Urbain, pavillon Jeanne-Mance, Montréal, QC H2W 1T8; téléphone 514 890-8000, poste15126; courriel grisellvargas@gmail.com

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1987.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1997.
3. Azevedo São Leão Ferreira K, Kimura M, Jacobsen-Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer* 2006;14(11):1086-93. Cyberpub. 8 juin 2006.
4. Zernikow B, Smale H, Michel E, Hasan C, Jorch N, Andler W. Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder—results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study. *Eur J Pain* 2006;10(7):587-95. Cyberpub. 21 oct. 2005.
5. Vadalouca A, Moka E, Argyra E, Sikioti P, Siafaka I. Opioid rotation in patients with cancer: a review of the literature. *J Opioid Manag* 2008;4(4):213-50.
6. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA* 1995;274(23):1870-3.
7. Kanpolat Y. Percutaneous destructive pain procedures on the upper spinal cord and brain stem in cancer pain: CT-guided techniques, indications and results. *Adv Tech Stand Neurosurg* 2007;32:147-73.
8. Lema MJ. Invasive procedures for cancer pain. *Pain Clin Update* 1998;6(1):1-8.
9. Krakowski I. 1986-1996: dix ans d'échelle OMS. Dans: Boiron M, Marty M, rédacteurs. *Eurocancer* 96. Montrouge, Fr: John Libbey Eurotext; 1996. p. 291-3.
10. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahm J, Paladín A, Varrassi G. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain Clin Update* 2005;13(5):1-4.
11. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study. *Pain* 1995;63(1):65-76.
12. Araujo AM, Gomez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. [Treatment of pain in oncology patients.] *An Sist Sanit Navar* 2004;27(Suppl 3):63-75. [Article en espagnol].
13. Miguel R. Interventional treatment of cancer pain: the fourth step in the world Health Organization analgesic ladder? *Cancer Control* 2000;7(2):149-56.
14. Gómez-Cortéz MD, Rodríguez-Huertas F. Reevaluación del segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7(6):343-4.
15. Vargas-Schaffer G. Manejo y tratamiento del dolor oncológico. Dans: Vargas-Schaffer G, Eposito Quercia G, rédacteurs. *Dolor y cuidados paliativos en oncología. evaluación, manejo y tratamiento*. Caracas, Venezuela: Ediciones Expansión Científica G&S; 1999. p. 79-93.
16. Vargas-Schaffer G. Tratamiento del dolor oncológico y cuidados paliativos en pediatría. Dans: Morales Pola EA, rédacteur. *Manual de clínica del dolor y cuidados paliativos*. Chiapas, Mexique: Universidad autónoma de Chiapas; 2002. p. 195-206.
17. Krakowski I, Falcoff H, Gestin Y, Goldberg J, Guillaín H, Jaulmes F, et collab. *Recommandation pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant*. Nice, Fr: Société française de la Douleur, Agency for Health Care Policy and Research; 1998. p. 11-5.
18. Torres LM, Calderon E, Pernia A, Martínez-Vasquez J, Mico JA. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9(5):289-90.
19. Vargas-Schaffer G, Gonzalez de Mejia N, Castejon J, Fuenmayor F. Tratamiento del dolor en el paciente pediátrico. Consideraciones generales. *Arch Venez Pueric Pediatr* 2002;65(Suppl 1):S5-9.
20. Cahana A, Mavrocordatos P, Geurts JW, Groen GJ. Do minimally invasive procedures have a place in the treatment of chronic low back pain? *Expert Rev Neurother* 2004;4(3):479-90.
21. Vargas-Schaffer G. Fármacos empleados en los bloqueos anestésicos y analgésicos. Dans: Vargas-Schaffer G, Gonzalez de Mejia N, rédacteurs. *Manual de bloqueos anestésicos y analgésicos en pediatría*. Caracas, Venezuela: Ediciones Expansión Científica G&S; 2002. p. 41-72.
22. Jovey R., Ennis J, Gardner J, Goldman B, Hays H, Lynch M, et collab. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain—a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manag* 2003;8(Suppl A):3A-15A (ang), 16A-28 (fr).
23. Cerdá-Olmedo G, Monsalve V, Minguez A, Valía JC, de Andrés JA. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7(4):225-33.
24. The use of opioids for the treatment of chronic pain. A consensus statement from the American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. *Clin J Pain* 1997;13(1):6-8.
25. Collège des Médecins du Québec. *Treating pain: an update on the use of narcotics*. Montréal, QC: Collège des Médecins du Québec; 2002.
26. Vargas-Schaffer G. Los opioides en el tratamiento del dolor. *Rev Venez Anest* 2002;7(1):30-41.
27. Vargas-Schaffer G, Godoy D. Conceptos básicos del uso de opioides en el tratamiento del dolor oncológico. *Rev Venez Oncol* 2004;16(2):103-14.
28. Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, Rico MA, Moyano J, Sweeney C, et collab. Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized double-blind study. *J Clin Oncol* 2004;22(1):185-92.
29. Tramèr MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001;323(7303):16-21.
30. Clark AJ, Lynch ME, Ware M, Beaulieu P, McGilveray JJ, Gourlay D. Guidelines for the use of cannabinoid compounds in chronic pain. *Pain Res Manag* 2005;10(Suppl A):44A-6A.
31. Durán M, Capelà D. Cannabis y cannabinoides en el tratamiento del dolor neuropático. *Dolor* 2005;20:219-22.
32. Berlach DM, Shir Y, Ware MA. Experience with the synthetic cannabinoid nabilone in chronic noncancer pain. *Pain Med* 2006;7(1):25-9.
33. Frank B, Serpell MG, Huges J, Matthews JN, Kapur D. Comparison of analgesic effects and patients tolerability of nabilone and hydrocodeine for chronic neuropathic pain: randomized, crossover, double blind study. *BMJ* 2008;336:199-201. DOI: 10.1136/bmj39429.619653.80.
34. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et collab. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain* 2007;132(3):237-51. Cyberpub. 24 oct. 2007. DOI: 10.1016/j.pain.2007.08.033.
35. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I, Ware MA, Watson CP, Sessle BJ, et collab. Pharmacological management of chronic neuropathic pain—consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2007;12(1):13-21.

